

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
744 P Street, Sacramento, CA 95814



October 25, 1988

ALL COUNTY INFORMATION NOTICE NO. I-107-88

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

SUBJECT: STATEMENT OF CITIZENSHIP/ALIEN STATUS (CA 64)
CONSENT OF DISCLOSURE (CA 64A)

REFERENCE: ALL COUNTY LETTER 88-131

This transmits a camera ready copy of the Spanish translations of the Statement of Citizenship/Alien Status CA 64 (9/88) and the Consent of Disclosure CA 64A (9/88).

Counties may use the attached camera ready copy of the CA 64 for local reproduction until stock is available at the Department of Social Services Warehouse. Stock is not expected until December. Counties will be notified when stock is available on the Notice of Forms Change (GEN 127).

When stock is available, orders should be submitted to the Department of Social Services Warehouse on the GEN 727B, County Forms Order, according to normal procedures.

The camera ready copy of the CA 64A is attached for local reproduction by counties. At this time, it will not be stocked in the Warehouse.

Camera ready copies of the CA 64 and CA 64A translated into Chinese, Vietnamese, Cambodian and Lao will be mailed under separate cover. These, also, will not be stocked in the Warehouse.

If you have any questions regarding the Spanish versions of the CA 64 and the CA 64A, please contact Le Anne Torres of my staff at (916) 324-2016.


ROBERT A. HOREL
Deputy Director

Attachment

cc: CWDA

Declaración de ciudadanía / Condición legal del extranjero

Información Importante:

- Cada solicitante de AFDC y Estampillas para Comida debe firmar bajo pena de perjurio que es ciudadano(a) de los Estados Unidos, es nacional, o extranjero con residencia legal. *Esto lo requiere la sección 1137 del Acta del Seguro Social.*
- Cada persona que no sea ciudadano o nacional de los Estados Unidos debe comprobar su situación como extranjero con residencia legal, antes que se pueda determinar la elegibilidad para asistencia.
- La información que usted nos dé sobre la situación como extranjero será verificada con el Servicio de Inmigración y Naturalización (INS).
- La información que obtengamos de INS puede afectar su elegibilidad para/y beneficios de AFDC y Estampillas para Comida.

Instrucciones:

- Para los programas de asistencia monetaria, cada solicitante adulto de la unidad de asistencia debe firmar abajo. El padre/madre o pariente encargado debe firmar para todos los niños de la unidad de asistencia.
- Para el Programa de Estampillas para Comida, cada miembro adulto del hogar debe firmar abajo. Un miembro adulto del hogar debe firmar la declaración por los miembros menores de 18 años de edad. Si no hay un adulto en el hogar, el solicitante puede firmar por los menores.

SÓLO PARA USO DEL CONDADO	
CASE NAME:	
CASE NUMBER:	
DATE RECEIVED:	

Certificación

Certifico bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que soy, y/o que todas las personas por las cuales estoy firmando, son ciudadanos o nacionales de los Estados Unidos, o extranjeros con residencia legal. Entiendo que el condado enviará información al Servicio de Inmigración y Naturalización (INS) para verificar la situación como extranjero. Entiendo que la información que obtenga el condado de INS puede afectar mi elegibilidad para AFDC y Estampillas para Comida.

Solicitante	Ciudadano	Nacional	Extranjero	Número de registro como extranjero	Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento
NOMBRE (LETRA DE IMPRENTA)							
FIRMA Y FECHA							
NOMBRE (LETRA DE IMPRENTA)							
FIRMA Y FECHA							
NOMBRE (LETRA DE IMPRENTA)							
FIRMA Y FECHA							
NOMBRE (LETRA DE IMPRENTA)							
FIRMA Y FECHA							
NOMBRE (LETRA DE IMPRENTA)							
FIRMA Y FECHA							
NOMBRE (LETRA DE IMPRENTA)							
FIRMA Y FECHA							

* El número del Seguro Social (SSN) de las personas que reciben asistencia monetaria se requiere en conformidad con la sección 402(a)(25) del Acta del Seguro Social y el Acta de Estampillas para Comida de 1977, para cada miembro del hogar para fines del Programa de Estampillas para Comida según la enmienda de la Ley Pública 97-98. Los números del Seguro Social se requieren para asegurar la correcta expedición de beneficios de asistencia monetaria y Estampillas para Comida a las personas elegibles. Los números del

Seguro Social se usan para hacer cotejamientos por medio de computadores para evitar la duplicidad de participación, establecer la identidad de las personas, hacer cambios, y revisiones de los programas y auditorías. El refusarse a proporcionar el número del Seguro Social resultará en la inelegibilidad de la persona para la cual no se dé el número del Seguro Social. Además, el número del Seguro Social será comparado con los expedientes de la Administración del Seguro Social, de agencias de impuestos, bienestar social y de empleo.

CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN

En forma libre y voluntaria renuncio a la provisión de confidencialidad que establece el Acta de Reforma y Control de Inmigración de 1986 (IRCA) para permitir al Servicio de Inmigración y Naturalización (INS) a que le proporcione a

Agencia: _____

información sobre mi situación como extranjero para poder determinar mi elegibilidad para

Clase de beneficios: _____

Tengo entendido que el Acta de Reforma y Control de Inmigración impide al Servicio de Inmigración y Naturalización (INS) usar, publicar, o revelar información relacionada a mi solicitud para ajuste de residencia temporal, excepto en la forma en que lo permite la ley (provisión de confidencialidad).

*Nombre (en letra
de imprenta):* _____

Firma: _____

Fecha: _____